

**Modello di “Comunicazione di Inizio Attività”  
per la vendita dei farmaci da banco o di automedicazione e di tutti i farmaci o  
prodotti non soggetti a prescrizione medica negli esercizi commerciali  
(ai sensi della D.G.R. n. 1846 del 30 ottobre 2006)**

Al Ministero della Salute  
Direz. Gen. dei Farmaci e dei Dispositivi  
Medici  
Lungo Tevere Ripa, 1  
00153 – ROMA

All’Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA)  
Via della Sierra Nevada, n. 60  
00144 – ROMA

Alla Regione Lazio  
Direzione Regionale Sanità e Servizi  
Sociali  
Servizio Accreditamento e Valutazione di  
Qualità  
Via R.R. Garibaldi n° 7  
00100 ROMA

All’Azienda Sanitaria USL n. ....  
(indicare la USL di competenza territoriale)

Al Comune .....  
(indicare il Comune in cui ha sede  
l’esercizio commerciale)

**Oggetto: Comunicazione di Inizio Attività per la vendita dei farmaci da banco o di automedicazione e di tutti i farmaci o prodotti non soggetti a prescrizione medica negli esercizi commerciali, di cui alla D.G.R. n.1846 del 30 ottobre 2006.**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_  
Titolare dell’esercizio commerciale denominato: \_\_\_\_\_

Tipologia dell’esercizio commerciale:

A	Esercizio di vicinato
B	Media struttura di vendita
C	Grande struttura di vendita

Con sede in Via \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_  
Provincia \_\_\_\_\_; in possesso dell’autorizzazione Comunale n. \_\_\_\_\_  
Iscrizione alla Camera di Commercio n. \_\_\_\_\_ P.IVA \_\_\_\_\_  
tel \_\_\_\_\_ fax dedicato (del reparto dell’esercizio commerciale) : \_\_\_\_\_  
Indirizzo posta elettronica: \_\_\_\_\_

**COMUNICA**

Che l'esercizio commerciale denominato \_\_\_\_\_ con sede a \_\_\_\_\_ sito in Via \_\_\_\_\_ intende effettuare la vendita al dettaglio dei farmaci da banco o di automedicazione, di cui all'art 9-bis del decreto-legge 18 settembre 2001, n. 347, convertito, con modificazioni, dalla legge 16 novembre 2001, n.405, e di tutti i farmaci o prodotti non soggetti a prescrizione medica, su una superficie di vendita di mq. \_\_\_\_\_, a far data dal \_\_\_\_\_.

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 in caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di atti falsi

### DICHIARA

sotto la propria responsabilità, ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445:

- che la vendita dei farmaci e dei prodotti innanzi citati avviene nella tipologia di esercizio ..... in possesso dei requisiti previsti dal "Disciplinare per la vendita dei farmaci da banco o di automedicazione e di tutti i farmaci o prodotti non soggetti a prescrizione medica negli esercizi commerciali" approvato con Deliberazione della Giunta Regionale n. .... del .....
  - che la vendita dei farmaci e dei prodotti innanzi citati avviene alla presenza e con l'assistenza personale e diretta al cliente di un farmacista/più farmacisti abilitato/i all'esercizio della professione ed iscritto/i al relativo Ordine e secondo quanto espressamente previsto dall'art. 5 del D.L. 04/07/2006 n. 223 come modificato dalla legge di conversione 04/08/2006 n. 248, e dalle disposizioni normative vigenti in materia di farmaci;
  - che il/i farmacista/i dell'esercizio commerciale e/o del reparto è/sono:
    - Il Dott./Dott.ssa \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_ è in possesso del Diploma di Laurea in Farmacia, conseguita in data \_\_\_\_\_ presso l'Università degli Studi di \_\_\_\_\_ e dell'abilitazione professionale conseguita il \_\_\_\_\_ presso l'Università degli Studi di \_\_\_\_\_ regolarmente iscritto/a all'Albo professionale dei farmacisti della provincia di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ con il numero \_\_\_\_\_
    - Il/la Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_, lì \_\_\_\_\_

(Timbro e firma) \_\_\_\_\_

Allegare:

1. Planimetria dell'esercizio commerciale, nella quale risulti visualizzato il reparto;
2. Orario di lavoro di ciascun farmacista e gli eventuali cambiamenti di turni e/o orari;
3. Dichiarazione di accettazione dell'incarico da parte del/i farmacista/i se dipendenti;
4. Nominativo del farmacista responsabile della conservazione dei farmaci, della farmacovigilanza e della rapida allerta per eventuali ritiri, sequestri, revoche dei farmaci;
5. Copia fotostatica non autenticata di un documento di identità (in corso di validità) del sottoscrittore.